FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 75

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM

Notamment chez les Indigènes de la Nouvelle-Calédonie
et des Iles environnantes.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1887

PAR

PIERRE-GASTON-LÉON-JEAN DE TARONI

Né le 8 Novembre 1858, à Narbonne (Aude).

Noms des Examinateurs	MM. MORACHE, Professeur,	*Président.*
	AZAM, Professeur,	
	DUDON, Agrégé,	*Juges.*
	POUSSON, Agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1887

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0055

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 75

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM

Notamment chez les Indigènes de la Nouvelle-Calédonie
et des Iles environnantes.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1887

PAR

PIERRE-GASTON-LÉON-JEAN DE TARONI

Né le 8 Novembre 1858, à Narbonne (Aude).

Noms des Examinateurs	MM. MORACHE, Professeur,	*Président.*
	AZAM, Professeur,	*Juges.*
	DUDON, Agrégé,	
	POUSSON, Agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD
91, Rue Porte-Dijeaux, 91
—
1887

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ.....
BITOT..... } Professeurs honoraires.
MICE.....

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	LANDE. ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	DUDON. BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PLANTEAU. FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGES
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf. MM. NÉGRIÉ | Maladies vénériennes. MM. VENOT.
Clinique chir. des enf. N. | Maladies mentales. . . N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements. LEFOUR, agrégé. | Chimie. . . . . CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Durant un séjour de plus de trois années en Nouvelle-Calédonie, il nous a été donné d'oberver quelques cas d'Eléphantiasis du scrotum chez les indigènes de cette colonie et des îles environnantes.

C'est au poste militaire de Koné où nous fûmes envoyé en service, du mois de février 1883 au mois de mars 1884, que nous avons vu, pour la première fois, des sujets atteints de l'affection qui fait l'objet de notre étude. Malheureusement, les Canaques de cette contrée, plus ou moins hostiles aux Européens et surtout très méfiants à leur égard, ne se décident que bien rarement à s'adresser aux médecins. Quand, par hasard, ils se risquent à se présenter aux visites, c'est toujours avec crainte et encore ne peut-on obtenir qu'ils y reviennent régulièrement. Ils ne consentent jamais à écouter nos conseils, ou à exécuter nos prescriptions ; enfin, le plus souvent, tout se borne à une simple entrevue. Dans ces conditions il est bien peu aisé, pour ne pas dire impossible, de

prendre des observations suivies et complètes, d'autant plus qu'aux difficultés déjà énumérées il faut ajouter l'ignorance absolue de la langue française parmi ces peuplades. Comment, en effet, s'instruire sur les antécédents, par exemple, lorsque toute explication à lieu par signes ou par quelques mots incohérents, et encore pour cela faut-il avoir la bonne fortune de trouver dans la tribu un soi-disant interprète.

De retour à Nouméa, en avril 1884, nous fûmes attaché à l'hôpital militaire, en qualité de médecin en sous-ordre, dans le service de M. le docteur Michel, médecin principal de la marine. Là, plus heureux que dans notre ancien poste de l'intérieur, nous avons pu recueillir deux observations de Canaques venus successivement pour se faire opérer. Le premier, Siméon, était originaire des îles Loyalty. Il fallut toutes les ruses de la persuasion pour le décider à effectuer le voyage de Nouméa, et quand il entra à l'hôpital, on peut dire que ce fut avec la résignation d'une victime se rendant au sacrifice. Cependant, l'opération, bien conduite par l'habile chirurgien, réussit pleinement. La nouvelle d'une guérison, considérée jusque là impossible par ces peuples primitifs, fit bruit dans les tribus, et presque aussitôt un deuxième sujet, le chef Yaïto de Gomen, vint de lui-même demander l'intervention chirurgicale. Un deuxième succès, il fallait s'y attendre, rendit confiants de nouveaux Canaques, Nous savons en effet que depuis notre départ plusieurs

éléphantisiaques accoururent à l'hôpital. Nous savons aussi pertinemment que la série des opérations fut continuée par le successeur de M. Michel et que les réussites se sont renouvelées.

Les deux observations qui constituent la dernière partie de notre travail sont personnelles; nous les avons prises nous-même et elles sont telles que nous les avons rédigées sur les feuilles de clinique de Siméon et de Yaïto.

Avant d'entrer dans notre sujet nous tenons à témoigner publiquement de toute notre gratitude à notre excellent et très affectionné maître, monsieur le médecin principal Michel, auprès duquel nous avons toujours trouvé la plus grande bienveillance et puisé de nombreux enseignements. Les quelques mois que nous avons passés sous ses ordres à Nouméa resteront à jamais gravés dans notre mémoire, et compteront au nombre de nos meilleurs souvenirs.

Nous prions aussi monsieur le professeur Morache d'agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale. Nous lui en aurons toujours la plus profonde reconnaissance.

Enfin, nous remercions monsieur le docteur Tissié du concours obligeant et précieux qu'il a bien voulu nous prêter, en exécutant les deux dessins schématiques qui se trouvent à la fin de ce travail et facilitent la description des procédés opératoires employés chez les sujets de nos observations.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM

NOTAMMENT

Chez les Indigènes de la Nouvelle-Calédonie et des îles environnantes.

PREMIERE PARTIE

I. — **Historique et généralités.**

L'affection désignée sous le nom d'Éléphantiasis (nous ne voulons parler, bien entendu, que de l'Éléphantiasis des Arabes) est connue depuis fort longtemps, et les auteurs anciens en ont donné des descriptions. Galien en parle dans ses ouvrages et considère cette maladie comme *un cancer universel*, c'est-à-dire attaquant *la peau, les veines et les chairs*. Treize siècles plus tard, Rhazès la vit en Asie et en Afrique. Il en a laissé, paraît-il, de bonnes observations; malheureusement, il ne nous reste de cet auteur que des commentaires écrits sur les livres arabes et défigurés par les interprètes.

En somme, c'est au siècle dernier seulement que cette affection a été bien étudiée pour la première fois. Aux docteurs Town (1726), Hilary (1759) et postérieurement Hendy (1784) revient cet honneur. Les deux derniers, surtout, en ont publié les meilleures descriptions. Pour eux, c'est une maladie du système lymphatique, analogue à l'érysipèle, s'établissant par accès irréguliers et plus ou moins fréquents, accès suivis d'un engorgement non douloureux de certaines parties, mais prenant, au bout de quelques années, un volume énorme, une dureté remarquable, ainsi que des formes bizarres et variées.

Parmi les auteurs modernes qui ont écrit sur l'Éléphantiasis, nous citerons rapidement : Alard, Clot-Bey, Larrey, Delpech, Ali-Bey, Voillemier et enfin Brassac, dont le récent et remarquable travail vient à peine de paraître dans le *Dictictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales*. Brassac définit l'Éléphantiasis « une affection à marche chronique, fréquente surtout dans les pays chauds, caractérisée par une altération hypertrophique du derme et des tissus sous-jacents, localisée principalement aux membres inférieurs ou aux organes génitaux; produite par des inflammations du système lymphatico-veineux, se montrant par paroxysmes, sans périodicité régulière, et dont le dernier terme est une déformation quelquefois monstrueuse (éléphantiasique) des parties atteintes. »

C'est de toutes les définitions celle qui nous a paru la meilleure, et nons l'adoptons, en faisant néanmoins cette réserve que l'Éléphantiasis peut débuter d'une façon insidieuse et se développer progressivement en une seule fois ou en plusieurs poussées, sans jamais déterminer la moindre réaction fébrile. Mais c'est là, en somme, un cas particulier, celui que nous avons observé maintes fois en Nouvelle-Calédonie, tandis que la définition que nous venons de citer est générale et en

tout applicable dans presque toutes les autres parties du monde.

La maladie qui fait l'objet de notre étude a reçu les appellations les plus diverses. Nous nous contenterons d'énumérer les suivantes : œdème dur, Elephantiasis *(Rhazès).* Maladie glandulaire de Barbade *(Hendy),* Yva-Skin *(Océanie),* etc., etc. Considérée au scrotum seulement, on lui a donné les dénominations de hernie charnue (*Fabrice d'Aquapente,* 1723), hernie gélatineuse *(Reisilius),* tumeur lymphatique des bourses *(Richerand),* Oschéochalazie *(Larrey)* Oschéo-térastie-sarcomoteuse *(Alibert),* etc. On voit que c'est Rhazes qui, le premier lui donna le nom d'Eléphantiasis, le seul qui ait prévalu et soit employé de nos jours.

2. — Distribution géographique.

Les Annales de la science médicale possèdent quelques observations authentiques d'Eléphantiasis récueillies en France; par exemple, celles de Rigal de Gaillac et de Delpech de Montpellier. Tout le monde connaît de plus l'histoire publiée par Voillemier, de Jules Joubert, menuisier, né à Colombin (Loire-Inférieure), puis ayant vécu longtemps dans le Morbihan et voyagé plusieurs années, mais sans quitter la France. Il était porteur d'un Eléphantiasis du scrotum.

Malgré ces quelques exemples on peut affirmer que cette affection est fort rare dans les pays tempérés, et ne s'y montre qu'exceptionnellement. Elle n'y prend jamais du reste le développement considérable qu'elle acquiert dans les pays chauds, au contraire, où les cas d'Eléphantiasis sont fort nombreux. C'est surtout dans la zone intertropicale qu'ils atteignent leur plus grande fréquence. En Asie, principa-

lement aux Indes, ou l'Eléphantiasis du scrotum avait reçu la désignation d'*hydrocèle endémique*, et au Japon où on l'appelait *Senki,* c'est une affection assez commune. Enfin, dans presque toute l'Afrique, dans quelques régions de l'Amérique et dans beaucoup d'archipels de l'Océanie, elle règne endémiquement. D'après des médecins qui ont visité ces parages, il est même des îles du Pacifique où plus de la moitié de la population est atteinte.

La Nouvelle-Calédonie, comprise dans la Mélanésie, se trouve par 21° de latitude Sud et 163 de longitude Est environ. Elle fait donc partie, par sa situation géographique, du nombre des pays qui doivent payer un large tribut à l'Eléphantiasis, et certes, elle n'échappe pas à la loi commune. En effet, sur tous les points de la grande terre et dans les îles qui en constituent les dépendances, il suffit de pénétrer dans un village Canaque pour rencontrer des indigènes aux pieds d'éléphant ou aux parties génitales démesurément hypertrophiées. Quelques auteurs, notamment Brassac, ont prétendu qu'on en voit fort peu de cas dans la partie méridionale de l'île. Ce fait s'explique facilement par la disparition des peuplades qui s'y trouvaient établies. Chassées peu à peu par l'invasion croissante des Européens, elles ont dû faire place à la civilisation et se réfugier vers le Nord où elles se concentrent de plus en plus. Quant aux rares Néo-Calédoniens qui viennent au chef-lieu ou aux environs, la plupart pour y remplir des emplois de domestiques ou d'hommes de peine, on conçoit fort bien qu'ils soient toujours pris parmi les plus valides. Cela est vrai de même pour les Néo-Hébridais et tous les noirs des îles océaniennes qui viennent s'engager à Nouméa.

Chez les Canaques, l'Eléphantiasis siège le plus souvent aux organes génitaux, un peu moins aux membres inférieurs,

très peu enfin aux autres parties du corps. On voit pourtant quelques femmes dont les mamelles sont monstrueuses ; mais chez elles ce sont les grandes lèvres qui subissent généralement l'hypertrophie. Nous tenons d'un de nos collègues de la marine, envoyé en service aux îles Loyalty, qu'on y voit des *popinées*, dont les grandes lèvres pendent à la façon de ces scrotums volumineux dont nous publions les observations, et peuvent acquérir même les dimensions et le poids de ces derniers.

3. — Nature de la maladie.

Il existe des conditions spéciales qui favorisent le développement de l'Eléphantiasis ; ce qui le prouve, c'est la façon endémique dont il règne en certaines régions, l'amélioration survenant chez ceux qui s'éloignent du pays où ils l'ont contracté, et bien d'autres circonstances qui nous démontrent la spécifité de la maladie, mais ne nous renseignent nullement sur sa nature. Celle-ci, est encore aujourd'hui, une inconnue à résoudre.

Nous ne sommes plus au temps où l'Eléphantiasis était considéré par tout le monde comme une des manifestations de la syphilis. A ceux qui voudraient néanmoins soutenir cette thèse, nous nous contenterions de répondre que l'affection qui nous occupe est très commune chez certains peuples, où la syphilis est à peu près inconnue. Chez les Néo-Calédoniens, par exemple, les maladies vénériennes sont remarquables par leur rareté. Dans les tribus des montagnes, c'est-à-dire dans celles qui constituent la presque totalité des populations indigènes, un cas de ce genre est tout à fait exceptionnel, et, pour notre part, pendant un séjour de plus d'un an, nous n'en avons jamais observé dans les villages des circonscriptions de Koné et de Mouéo.

L'Eléphantiasis n'est pas non plus, comme quelques-uns l'ont prétendu, une expression de ce que l'on appelle la diathèse scrofuleuse, pas plus qu'une des modalités de la malaria propres aux contrées intertropicales. Ces deux théories, comme la première, trouvent leur réfutation en Nouvelle-Calédonie. La race indigène, en effet, est presque exclusivement composée d'individus à taille élevée, et très robustes ; on ne voit presque jamais chez eux des sujets rachitiques ou contrefaits.

En second lieu, bien que les marais soient nombreux dans cette colonie, les fièvres paludéennes de toutes sortes, s'il y en a, sont si peu connues, que leur existence a été formellement niée par la grande majorité des médecins de la marine.

Reste la question du parasitisme, qui a été soulevée ces derniers temps, et en particulier la filaire du sang qui a été incriminée. Il est possible que l'Eléphantiasis ait son microbe propre, tout comme tant d'autres maladies; nous sommes même tout disposé à adopter cette idée, mais nous croyons pouvoir affirmer que s'il existe, il n'est pas encore découvert. En tous cas, ce n'est pas la filaire qu'il faut accuser pour le moment, et, si les expériences de Patrick Manson démontrent qu'elle peut agir comme cause mécanique, elles ne prouvent en rien sa spécificité.

Jusqu'à plus ample informé, nous dirons que l'Eléphantiasis est une affection due à un état spécial du système lymphatique, état que Corre appelle lymphatexie (1) et qui est caractérisé par une inflammation du système lymphatique suivie de l'engorgement des ganglions et de la dilatation des vaisseaux. La lymphatexie est la résultante d'une influence constitutionnelle et d'influences propres à certains milieux.

(1) Voyez Calmette, Thèse de Paris 1886.)

4. — **Pathogénie et anatomie pathologique.**

Que l'Eléphantiasis occupe le scrotum ou tout autre partie du corps, c'est toujours une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, succédant à une inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques.

Dans tous les cas, le processus anatomique est le même et peut être divisé en deux stades qui justifient parfaitement les dénominations d'œdème blanc et d'œdème dur, employées quelquefois par les auteurs pour désigner la maladie.

L'affection débute par une inflammation des voies lymphatiques, suivie de l'engorgement et de l'obstruction des rameaux afférents. Il se produit alors dans toute la portion du système circulatoire de la lymphe située en amont des parties oblitérées une rétention et une accumulation du liquide nutritif. Les vaisseaux blancs, ectasiés et gorgés, ayant des parois devenues atones, ne peuvent plus absorber le sérum et les leucocytes sortis par diapédèse du réseau capillaire sanguin. Ceux-ci stagnent donc dans les tissus voisins et le premier stade est alors constitué. Il a pour caractère principal une sorte d'œdème persistant (*œdème blanc*).

Plus tard, sous l'action irritante des liquides organiques extravasés, les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques du derme s'accroissent en épaisseur et en longueur en même temps qu'il s'en forme de nouveaux. Entre les fibres du feutrage dermique, il existe des espaces qui communiquent avec les lymphatiques. D'autre part, il se fait une prolifération très active de cellules embryonnaires qui pénètrent, ainsi que le sérum et les globules blancs, dans les lacunes, et de là, dans les vaisseaux lymphatiques considérablement dilatés.

Enfin, les cellules de formation nouvelle subissent une transformation fibreuse, et les tissus s'endurent (*œdème dur*). C'est là le deuxième stade, et l'Eléphantiasis est établi.

L'hyperplasie n'a plus qu'à se propager d'un côté au corps papillaire, de l'autre au tissu cellulaire sous-cutané.

Voyons maintenant les altérations principales que présentent les diverses parties de la peau :

L'*épiderme* conserve en général sa coloration normale; au début, son épaisseur n'est pas notablement changée, mais peu à peu elle augmente. Il devient aussi dur, rugueux, inextensible et adhérent au corps papillaire, plus apparent, induré et fibreux. Les diverses couches épidermiques, couche cornée, stratum lucidum, stratum granulosum, sont normales et se présentent dans leur succession habituelle. On remarque de plus, d'après Ranvier, plusieurs couches de cellules très riches en éléidine. C'est sur le *derme* qu'a lieu la plus grande partie de l'hypertrophie. Cette portion dc la peau se développe au point d'acquérir plusieurs centimètres d'épaisseur, quelquefois plus. Elle constitue une sorte de tissu uniforme, blanc, squirrheux, justement comparé à du lard et contient des vacuoles pleines d'un suc transparent et coagulable: sérosité gélatiniforme, qui suinte à la coupe. Au-dessous du derme, le *tissu cellulaire sous-cutané* est en général envahi par l'hypertrophie, qui augmente de beaucoup l'épaisseur des cloisons conjonctives. Il présente, en outre, presque toujours, des cavités kystiques en nombre variable et renfermant plus ou moins de sérosité citrine, très fluide. Le *tissu adipeux* est parfois conservé ou augmenté, parfois, tellement diminué, qu'il fait presque complètement défaut. Les *ganglions* et les *appareils glandulaires* de la peau sont hypertrophiés. Les glandes sudoripares se trouvent situées très profondément et leurs conduits excréteurs ont subi une

élongation. Les *vaisseaux lymphatiques,* aussi bien que les *capillaires sanguins* sont dilatés et atteints d'inflammation, qui porte plus spécialement sur leur tunique interne. Les cellules endothéliales de celle-ci prolifèrent, se desquament et concourent à augmenter l'oblitération de leur lumière. Les *canaux sanguins* qui circulent dans la partie dense du derme ont leurs parois confondues avec le tissu conjonctif environnant, ce qui leur donne, suivant Rindfleisch, l'aspect de galeries creusées par un taret dans du vieux bois. Les *nerfs* englobés dans l'hyperplasie sont comprimés et atrophiés. Ceci expliquerait fort bien l'anesthésie plus ou moins complète qui accompagne tout Éléphantiasis. Pourtant, au dire de certains auteurs, ils seraient hypertrophiés dans certains cas et cet état serait dû à un épaississement très marqué du tissu conjonctif périfasciculaire et de la gaîne lamelleuse (Cornil et Ranvier.)

Les diverses enveloppes du testicule, sous-jacentes à la peau, sont rarement altérées. On a noté toutefois l'hypertrophie des *cremasters*. Les *tuniques vaginales* sont très souvent distendues par une certaine quantité de sérosité. Selon Bérenger-Féraud, l'hydrocèle jouerait un rôle protecteur à l'égard des testicules. Ne serait-elle pas aussi l'analogue de ces épanchements, qui se forment dans les bourses séreuses, à la suite de contusions répétées ou de pressions continues ?

Les *cordons* et les *testicules,* habituellement sains, peuvent être atrophiés dans certains cas. On trouve ces organes à la partie supérieure de la tumeur, un peu au-dessous des anneaux.

Le *pénis*, enfin, peut participer à l'hypertrophie des bourses, mais, chose remarquable, nous n'avons jamais observé ce fait chez les indigènes de la Nouvelle-Calédonie. Bien au

contraire, la plupart du temps, nous l'avons trouvé englobé dans la tumeur.

5. — **Etiologie.**

Les causes de l'Eléphantiasis du scrotum peuvent être rangées en trois catégories : 1° les causes cosmiques ; 2° les causes somatiques ; 3° les causes pathologiques. Nous les passerons successivement en revue en faisant connaître notre opinion sur chacune d'elles, et nous terminerons ce chapitre en disant quelques mots sur la filaire du sang.

1° *Causes cosmiques.* — Nous avons déjà insisté, dans la partie qui traite de la distribution géographique, sur l'influence de la latitude, et nous savons que, d'après les observations recueillies en divers points du globe terrestre, il est démontré que le mal augmente de fréquence à mesure qu'on se rapproche de l'équateur. Si nous revenons sur ce fait, c'est pour chercher à en donner une explication et nous croyons avoir trouvé cette dernière dans l'exagération des fonctions lymphatiques dans les pays intertropicaux. On a incriminé l'action de la chaleur, soit seule, soit unie à l'humidité. On a accusé le voisinage des étangs, des marécages, des embouchures de fleuves, on a prétendu que les endroits secs mettent à l'abri de l'affection. Mais, à tout cela, les auteurs ont fait des restrictions, et nous croyons pouvoir affirmer que si ces diverses circonstances prennent part à la genèse de l'Eléphantiasis, il faut, pour qu'elles aient une action réelle qu'elles soient accompagnées de bien d'autres. Quant à l'intervention de l'impaludisme, dans l'étiologie de la maladie, elle est certainement incontestable et nous en trouvons éga-

lement la raison dans l'état cachectique avec prédominance manifeste du système lymphatique et production d'œdèmes chez les habitants des contrées où règne la malaria. Le miasme paludéen n'est, toutefois, qu'une cause prédisposante et non indispensable. Nous avons dit, du reste, que la Nouvelle-Calédonie était, sous ce rapport, un pays privilégié.

Quelques médecins, frappés de l'indémicité de l'Eléphantiasis dans diverses contrées, ont voulu en trouver la cause dans les eaux potables. Les Indiens, paraît-il, l'attribuaient à leur mauvaise qualité, et ne s'en servaient qu'après les avoir filtrées, espérant ainsi se soustraire à toute atteinte. D'après Duchassaing, les eaux stagnantes, et d'après Waring, celles dans lesquelles macèrent les fruits de certaines plantes, seraient les plus nocives. Toutes ces opinions ne sont guère que des hypothèses et, pour le démontrer, il suffirait d'énumérer les localités nombreuses où existe l'épidémie, malgré des eaux potables de bonne qualité. La Nouvelle-Calédonie, à ce sujet, n'a rien à envier aux autres contrées. Partout le pays est sillonné de rivières et de ruisseaux où les eaux, toujours courantes et battues sur des lits de quartz, sont remarquables par une limpidité de cristal et méritent bien le nom d'eau de roche que leur donne le vulgaire. On en a envoyé des différents postes de l'intérieur au laboratoire de l'Hôpital militaire de Nouméa; elles ont été soumises à l'analyse chimique, et toujours on les a reconnues excellentes.

Les conditions de logement et d'alimentation, souvent invoquées, ne peuvent avoir aussi, selon nous, qu'une action assez restreinte. Il est évident que les individus, occupant des habitations rendues malsaines par l'humidité, un éclairage insuffisant et une mauvaise aération, de même que ceux qui se nourrissent mal, tombent dans un état de misère

physiologique et peuvent offrir à la maladie un terrain plus propice. Mais nous ne croyons pas que tel ou tel légume, tel ou tel poisson, salé, pourri même, puisse avoir une influence spécifique.

2° *Causes somatiques.*— L'hérédité jouerait, d'après Godard, un rôle considérable dans la production de l'Eléphantiasis du scrotum. Tout le monde ne pense pas comme lui, et nous-même, nous sommes d'un avis contraire, car, si nos souvenirs sont exacts, sur une vingtaine de sujets que nous avons rencontrés, trois seulement avaient eu des parents atteints de la même affection. Les deux Canaques notamment dont nous publions les observations n'étaient pas dans ce cas. Nous croyons plus volontiers à l'influence du tempérament et nous considérons les individus lymphatiques comme prédisposés, bien que nous ayons vu le mal chez des hommes forts et sanguins. Certaines races offrent un degré de receptivité énorme, mais aucune ne jouit de l'immunité absolue. La race blanche toutefois n'est atteinte que d'une façon exceptionnelle. Les nègres africains et les noirs océaniens sont au contraire fort éprouvés; après eux les races de couleur, enfin les mulâtres. Nous avons constaté une fois l'Eléphantiasis du scrotum à Bourail chez un métis de mère canaque et de père anglais.

La maladie peut s'oberver à tout âge, mais elle est rare aux époques extrêmes de la vie. Les débuts coïncident le plus souvent avec la puberté et sont suivis d'une marche progressive, avec ou sans interruption, qui dure jusqu'à quarante ou quarante-cinq ans.

3° *Causes pathologiques.* — Certaines maladies prédisposent à l'Eléphantiasis du scrotum, entre autres les fièvres paludéennes, la scrofule, la syphilis, beaucoup d'affections

cutanées, etc., toutes celles en un mot qui peuvent avoir un retentissement quelconque sur le système lymphatique. Beaucoup de lésions locales peuvent en devenir les causes occasionnelles en produisant l'irritation des ganglions et des vaisseaux blancs; ce sont surtout les plaies superficielles, les excoriations, les ulcères, les contusions, les piqûres d'insectes, la présence de parasites et aussi pour la même raison la malpropreté habituelle et les congestions des organes sexuels consécutives à des abus vénériens.

4° *De la filaire du sang.* — La filaire du sang a été découverte en 1866 au Brésil, mais ce n'est qu'en 1883 qu'elle fut considérée pour la première fois comme cause spécifique de l'Eléphantiasis. C'est le docteur Patrick Manson, médecin des douanes chinoises à Amoy qui émit cette idée. La filaire contenue dans les eaux est introduite adulte dans l'organisme soit par simple contact à travers l'appareil tégumentaire, soit par les voies digestives à la suite d'ingestion de boissons. Elle arrive dans un vaisseau lymphatique où elle ne tarde pas à se fixer. Bientôt fécondée, elle déverse ses œufs et ses embryons parfaits dans le courant de lymphe qui se fait de la périphérie au centre. En vertu de leur petit volume (un centième de millimètre d'épaisseur), les embryons peuvent parcourir les vaisseaux afférents, les ganglions et les vaisseaux efférents, tomber dans le canal thoracique et de là être précipités dans le torrent sanguin. Les embryons ne peuvent pas subir dans le corps humain les transformations par lesquelles ils doivent passer pour parvenir à l'état adulte, mais ils sont enlevés de la circulation générale par un moustique, *suceur de sang*, et c'est dans le corps de cet insecte qu'ils doivent accomplir leurs métamorphoses. Le moustique gorgé va mourir au bord d'un marais, ou dans tout autre lieu humide

qu'il a choisi pour digérer son unique repas, et plus tard, lorsque son cadavre désorganisé se réduit en poussière, la filaire définitivement constituée s'en échappe pour tomber dans les eaux et attendre le moment propice de recommencer ses mutations. Ces détails intéressants ne sont connus que depuis les travaux de Patrick Manson qui, ayant trouvé dans le corps d'un moustique des embryons de nématodes absolument semblables à ceux observés dans le sang d'individus filariés, démontra que cet insecte sert d'hôte intermédiaire à la filaire. Ce médecin, en continuant ses recherches, examina du sang pris sur des sujets atteints d'Eléphantiasis et recueilli la nuit, car chose bizarre la filaire n'apparaît qu'à ce moment et aux heures de repos. Il y découvrit presque toujours le petit animalcule, et en conclut que l'Eléphantiasis est une affection parasitaire due à la présence du nématode. Il expliqua le mécanisme de la production de la maladie par l'irritation qu'exerce la filaire mère sur les vaisseaux lymphatiques, et l'obstruction de ces mêmes voies par les embryons devenus corps étrangers et réunis en groupes. Nous admettons sans peine cette théorie, mais nous devons reconnaître que si les expériences de Patrick Manson démontrent que la filaire a sa place dans l'étiologie de l'Eléphantiasis, elle n'agit que comme cause mécanique. Elles ne concluent pas en faveur du parasitisme absolu. L'immunité à peu près complète des blancs, l'absence de nématodes dans le sang d'individus atteints de la maladie lymphatique et beaucoup de circonstances prouvent que bien d'autres conditions peuvent concourir à la production du mal. Les découvertes du médecin d'Amoy ont cependant une grande valeur, car elles expliquent très bien l'importation de la cause et l'apparition subite de l'affection dans des régions où elle était toujours restée inconnue jusqu'à l'arrivée de sujets probablement filariés. Nous

n'avons pas fait de recherches sur la filaire du sang en Nouvelle-Calédonie et nous le regrettons, car cela aurait certainement donné beaucoup plus d'intérêt à nos observations. Mais en 1883 et en 1884, alors que nous prenions les notes qui servent de base à cette thèse, les études de Patrick Manson étaient tout à fait récentes et le bruit n'en était pas arrivé jusqu'à nous, relégué dans la plus lointaine de nos colonies.

Conclusion. — La nomenclature que nous venons de donner des causes de l'Eléphantiasis en général, et de l'Eléphantiasis du scrotum en particulier, est nombreuse. Nous aurions pu l'augmenter cependant en en énumérant d'autres, citées par les auteurs et dont l'action est plus restreinte encore et surtout plus discutable, mais nous n'aurions pu la rendre complète, car il est dans la genèse de cette maladie bien des choses qui nous échappent. Ce qui le prouve, ce sont les cas très fréquents (et nous en avons rencontré beaucoup en Nouvelle-Calédonie) qui se développent à la suite de circonstances insaisissables. Ils nous disposent à croire à l'existence d'une cause spécifique, d'un microbe particulier peut-être, pouvant produire à lui seul l'affection. Malheureusement, il y a toujours là une inconnue à résoudre, et tant que de nouvelles recherches n'auront pas mis les observateurs sur la voie qui doit les conduire à élucider cette question, nous dirons que ce qui détermine l'Eléphantiasis, est toute condition capable d'amener l'irritation et l'obstruction des lymphatiques.

6. — **Description.**

L'Eléphantiasis du scrotum peut affecter deux formes : dans l'une, la maladie s'établit par des poussées inflamma-

toires et rémittentes, simulant l'érysipèle et déterminant une réaction fébrile très active ; dans l'autre, elle se développe peu à peu, sans fièvre et d'une façon tellement insidieuse, que si le malade pouvait ne pas s'apercevoir de la tuméfaction des bourses, il ignorerait complètement son état. Bien que les deux variétés aient été reconnues par plusieurs auteurs, la première est en général décrite seule ou comme la règle, tandis que si l'on parle de la seconde ce n'est que pour en faire mention. A l'encontre de ceux qui ont traité le sujet, nous insisterons plus particulièrement sur la forme non fébrile. Le titre que nous avons donné à notre travail nous impose, en effet, un cadre, car il indique nettement que le fond nous a été suggéré par les faits que nous avons observés en Nouvelle-Calédonie. Or, l'Eléphantiasis ne s'y rencontrant que dans la variété apyrétique, nous ne connaissons l'autre que par les écrits, et c'est la dernière surtout qui doit nous occuper.

1° *Type fébrile.* — Celui-ci s'établit par une série d'accès que séparent des intervalles de temps très irréguliers et pouvant varier de quelques semaines à des années. Le premier accès est souvent précédé de prodromes. Ce sont : de l'anorexie, de la lassitude, quelquefois même d'une grande faiblesse. Le malade éprouve vers les parties génitales un sentiment de gêne et de pesanteur, mais pas de douleur réelle. Le frisson initial arrive ensuite, il est très violent et suivi d'une fièvre intense qui dure deux ou trois jours. L'élévation de température peut atteindre 40° et présente presque toujours des rémissions inégales et peu accentuées.

La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, la soif très vive ; il y a, de plus, une céphalalgie à peine supportable de l'agitation et quelquefois du délire. Les vomis-

sements, assez fréquents, se composent de mucosités bilieuses et offrent une teinte jaune-verdâtre. Les symptômes locaux pendant cette période de pyrexie sont aussi très accusés : on remarque la tuméfaction des bourses soit sur toute leur surface, soit par plaques. Les parties tuméfiées sont chaudes et rouges. Cette coloration peut être uniforme et faire croire à l'existence d'un érysipèle, mais le plus souvent elle présente des raies plus foncées, lui donnant un aspect marbré. Ces stries dures et saillantes au toucher suivent les lymphatiques, et sont produites par l'inflammation de ces vaisseaux. Les ganglions du pli de l'aîne sont gonflés et sensibles. La douleur est quelquefois extrême. Lorsque la fièvre touche à sa fin, il se fait une crise marquée par des sueurs abondantes et tous les symptômes s'amendent. La douleur et la rougeur disparaissent rapidement, et il ne reste bientôt plus que du gonflement. Celui-ci diminue à son tour peu à peu, et au bout de deux ou trois semaines, tout rentre dans l'ordre.

Au deuxième accès, les choses se passent de la même façon, mais les symptômes sont moins violents et la fièvre plus faible ; seulement, quand arrive la période de retour, le gonflement des parties, après avoir un peu diminué, ne disparaît pas complètement, et il reste une sorte d'intuméfaction œdémateuse.

Dans les accès suivants, il y a encore moins de fièvre, et dans les derniers, pas du tout. Par contre, le gonflement et l'œdème deviennent de plus en plus considérables et finissent par persister. La maladie est alors chronique, et entre dans une deuxième phase absolument identique à la période correspondante de l'Eléphantiasis apyrétique que nous décrirons plus loin et qui est caractérisée par l'induration des parties.

Eléphantiasis apyrétique. — Les débuts sont tout à fait insidieux et passent inaperçus ; il n'y a ni frisson, ni fièvre, ni érysipèle, ni lymphangite apparente. La rougeur fait défaut et l'on ne voit pas les traînées qui donnent aux téguments l'aspect marbré. L'état général du malade est parfait, toutes ses fonctions se font avec beaucoup de régularité ; il conserve un bon appétit, digère fort bien, n'éprouve pas la moindre gêne et continue à vaquer à ses occupations comme si rien n'était. Les fonctions génésiques elles-mêmes ne souffrent nullement, et, tant qu'il n'y a pas d'impuissance mécanique, l'individu peut pratiquer le coït et engendrer.

Au bout d'un certain temps, le sujet est tout étonné de voir les bourses augmentées de volume. La tuméfaction porte ordinairement sur la totalité du scrotum dont les téguments ont conservé la couleur normale. La peau est tendue, luisante, les poils de plus en plus espacés. Le malade ne ressent pas de douleurs, et s'il éprouve des tiraillements, ce n'est que bien plus tard, lorsque l'affection est déjà très avancée. A la palpation et au toucher, on trouve que les tissus ont acquis de la mollesse et sont devenus pâteux. La peau a perdu son élasticité ordinaire et le doigt y forme des dépressions persistantes. L'état d'infiltration des organes génitaux ne rétrograde jamais ; bien au contraire, il augmente progressivement en suivant une marche lente ou rapide, selon les cas. Elle peut être entrecoupée par des temps d'arrêt d'une durée très variable, mais c'est rare et l'on peut se demander si ce ne sont pas là de simples ralentissements de la progression.

Peu à peu le scrotum prend un développement énorme, il devient globuleux ou piriforme, quelquefois bilobé ; la peau du pubis est déplacée de haut en bas par le poids de la tumeur. Le pénis se rapetisse de plus en plus et finit par dis-

paraître dans les tissus hypertrophiés; son fourreau, entraîné par la distension des bourses, se retourne en doigt de gant et constitue un canal borgne faisant suite à l'urèthre et s'ouvrant à l'extérieur par une sorte de méat en forme de vulve ou d'ombilic. Les urines ne peuvent plus être projetées et s'écoulent en nappe. Elles produisent, par leur contact incessant, sur la surface antérieure de la tumeur, des excoriations qui s'ulcèrent à la longue et donnent naissance à des fongosités sanieuses. Quelquefois elles ne sont pas chassées complètement au dehors et il en reste, après chaque miction, une certaine quantité en arrière du méat.

Le liquide qui séjourne ainsi en ce point irrite les divers tissus, les désorganise et donne lieu à la formation de trajets fistuleux venant prendre jour au-dessous de l'orifice naturel. Heureux alors le malade qui n'en est quitte que pour cette nouvelle infirmité, car il est menacé de tous les accidents de l'infiltration urineuse.

Lorsque la tumeur a acquis environ tout le développement dont elle est susceptible, elle entre dans une nouvelle phase qui correspond exactement au deuxième stade du processus anatomique. Cette phase est l'induration à laquelle aboutit tout éléphantiasis, que les débuts aient été ou non accompagnés de phénomènes inflammatoires aigus. Elle est donc commune aux deux formes de l'affection. Les téguments prennent alors une dureté remarquable, une consistence pierreuse et une friabilité qui permet de les désagréger par plaques en les grattant avec l'ongle. La surface du scrotum devient rugueuse et souvent parsemée de mamelons séparés par des dépressions profondes. L'épiderme s'écaille, se desquame et souvent après la chute des croûtes on observe de petits points ulcérés qui laissent suinter parfois de la lymphe coagulable. Sous les téguments épaissis et comme tannés, il

est rarement possible au palper de sentir les testicules ou les corps caverneux. La peau ne fonctionne plus et la sécrétion sudorale fait défaut. Les poils, d'abord durs et cassants, perdent toute leur vitalité et tombent. On observe enfin presque toujours une perte de la sensibilité superficielle qui peut devenir de l'anesthésie complète. Malgré cet état de choses, le malade n'éprouve en général aucune douleur, car on ne peut appeler ainsi les vagues sensations de tiraillements qu'il ressent quelquefois le long des cordons. Cependant la masse peut atteindre des proportions telles qu'elle rend la marche pénible ou même impossible. Par contre on voit des hommes vigoureux porter leur tumeur sans trop de gêne, marcher et courir avec une certaine rapidité. Il en est qui s'en servent comme d'un escabeau, pour s'y reposer alors qu'ils sont fatigués.

Il survient, nous l'avons déjà dit, un moment à partir duquel l'hypertrophie s'arrête ; mais si elle cesse dès lors de progresser elle reste indéfiniment stationnaire et la maladie ne guérit jamais spontanément et sans intervention chirurgicale. Tous les prétendus cas d'Eléphantiasis ayant cédé à des traitements médicaux sont trop peu authentiques pour qu'on puisse y ajouter foi. Nous voulons bien admettre néanmoins, mais non sans réserve, qu'à la période où il n'y a encore que de l'œdème, la compression méthodique a procuré un peu d'amélioration, malheureusement passagère.

Plusieurs complications peuvent se montrer pendant le cours de l'Eléphantiasis du scrotum. Sans parler des ulcérations, de la desquamation sèche ou humide dont nous nous sommes déjà occupé, nous devons signaler la gangrène, qui est fort rare il est vrai, mais très redoutable. On a vu quelquefois des abcès et des phlegmons circonscrits ou diffus, ceux-ci de très-facheux augure. La présence d'une hernie

scrotale a été quelquefois observée et toujours elle a été difficile à reconnaître. On doit se méfier, dans tous les cas, de cette complication qui peut devenir très grave, lorsqu'elle est méconnue avant l'opération.

7. — **Diagnostic.**

Le diagnostic de l'Eléphantiasis du scrotum est très aisé à faire lorsque le mal est à sa dernière période, et découle tout naturellement des symptômes que nous en avons donnés. On ne croira pas à la scléro-dermie, qui s'accuse par une momification de la peau et l'immobilité des tissus sans l'augmentation de volume propre à l'Eléphantiasis.

Au début, lorsqu'il y a des accidents inflammatoires aigus, le mal peut être méconnu et pris pour un érysipèle ou pour une angioleucite, mais l'absence des lésions et des symptômes particuliers à ces deux maladies d'un côté, l'endémicité de l'autre, suffisent habituellement pour faire reconnaître l'erreur. Le diagnostic entre l'Eléphantiasis fébrile et le phlegmon circonscrit ou diffus est aussi chose assez facile, à moins toutefois qu'on ait affaire à une complication de la première maladie. On ne confondra pas, en effet, la sensation de flot donnée quelquefois par les tumeurs éléphantiasiques contenant une quantité notable de sérosité épanchée avec la fluctuation des collections de pus.

Si les accidents fébriles du début font défaut, et si l'on pense à un œdème simple du scrotum, on ne se trompera plus, dès que l'induration et le grand développement des bourses commenceront à se produire.

L'hydrocèle, l'hématocèle, le cancer et les diverses affections du testicule ont aussi des symptômes spéciaux et d'une

appréciation facile, qui les empêchent d'être une cause d'erreur.

Enfin, l'Éléphantiasis des Grecs est une maladie qui n'a d'autre rapport avec l'Éléphantiasis des Arabes, que l'analogie de nom. On sait aujourd'hui que la première est une maladie constitutionnelle, qui s'accompagne de troubles fonctionnels multiples et d'une cachexie notable (1). Cette affection a son siège surtout à la face et aux membres supérieurs. Les ulcérations qu'on y rencontre apparaissent d'emblée, tandis que, dans la maladie qui nous occupe, s'il y en a, ce n'est que dans les périodes très-avancées. Dans la lèpre, on n'a de plus jamais observé cette hyperplasie, qui caractérise l'Éléphantiasis des Arabes.

8. — **Pronostic.**

Le pronostic n'est pas grave au point de vue de la santé générale, et ne peut le devenir que si l'hypertrophie prend une tendance à envahir les membres inférieurs et l'abdomen. L'Éléphantiasis, limité au scrotum, n'est pas en effet incompatible avec la vie, et s'il ne survient pas de complications, celles-ci, assez rares du reste, l'individu qui en est affecté peut parvenir à un âge très avancé. Il constitue néanmoins une infirmité fort désagréable, tant par son aspect disgracieux et monstrueusement difforme, que par la gêne incessante qu'il cause au malade, surtout quand ce dernier en est réduit à l'immobilité.

(1) Elle est due à la présence d'un parasite, sorte de bacille bien connu et parfaitement décrit par les auteurs modernes.

9. — Traitement.

La prophylaxie se résume en ces mots : bonnes conditions hygiéniques, bonne alimentation, émigration dès que l'on croit une première atteinte imminente.

Quant au traitement, il est médical ou chirurgical.

Il n'est peut-être pas de médication qui n'ait été essayée contre l'Éléphantiasis du scrotum. Aucune d'elle n'a été suivie de résultats bien satisfaisants. Dans les débuts, lorsqu'il y a des accidents fébriles manifestes, la saignée générale et les émissions sanguines locales (sangsues, ventouses scarifiées) peuvent rendre de bons services ; la première, toutefois, ne trouve son indication que chez les sujets robustes et sanguins. Le sulfate de quinine, à la dose de quarante centigrammes à un gramme, sera prescrit pour déterminer un abaissement de température, quand celle-ci atteint un degré trop élevé. Enfin, s'il y a de l'agitation et du délire, on aura recours au bromure de potassium. Les douleurs seront combattues par des applications émollientes et des topiques calmants : les bains locaux d'eau tiède, les compresses d'eau de guimauve, les cataplasmes laudanisés, la pommade belladonée, etc., seront d'un usage commode et efficace. La méthode révulsive, quelquefois employée sous forme de vésicatoires, rubéfiants, pointes de feu, etc., n'a donné que des résultats fort douteux et les premiers ont, dans certains cas, déterminé des ulcérations rebelles. La plus grande propreté est indispensable et il faut, après chaque miction, laver soigneusement les parties de la peau, mouillées par les urines.

Dans la forme chronique, la médication dite fondante (iodure potassique a l'intérieur, pommade à l'iodure de plomb

à l'extérieur, onctions mercurielles, badigeonnages de teinture d'iode, application de sparadrap de Vigo, etc.) à été mise en œuvre par quelques médecins. Ceux-ci, en général, n'ont pas été très affirmatifs sur les améliorations qu'ils prétendent avoir obtenues et il est permis de douter qu'elle ait pu avoir une efficacité réelle. Nous dirons de même du séton, préconisé par Larrey, de l'électricité, des cautérisations de toutes sortes, de la ligature des artères principales et nous en resterons là de cette énumération, car, selon nous, il n'y a que deux modes de traitement d'une valeur incontestable : la compression méthodique et l'extirpation de la tumeur.

C'est Rhazès qui employa le premier la compression méthodique dans le traitement de l'Eléphantiasis et depuis elle est restée à juste titre dans la pratique. Nous l'avons expérimentée deux fois en 1883 sur des Indigènes des alentours de Koné : l'un du village de *Koniamlo,* l'autre de *Bacco,* le premier âgé de vingt-quatre ans environ, le second de près de quarante ans. Dans les deux cas, nous avons constaté un arrêt dans les progrès de l'infiltration et même la diminution partielle de l'œdème. La tumeur, de tendue et luisante qu'elle était, se flétrit peu à peu. Nous n'avons pas néanmoins la prétention de croire que la compression méthodique soit un moyen curatif de la maladie, mais nous devons reconnaître qu'elle peut en ralentir la marche et même l'enrayer sous la condition expresse toutefois qu'elle soit continuée avec persévérance. Pour si peu qu'on l'interrompe ou qu'on l'applique mal, l'œdème reparaît presque immédiatement et revient vite au point de développement qu'il avait auparavant. La compression méthodique peut se faire à l'aide de bandes de caoutchouc ou de bandes de toile. Il serait trop long de donner ici le *modus faciendi,* qui peut varier du reste selon les circonstances.

Lorsque l'induration a fait suite à la période de l'œdème blanc, il est inutile de recourir à la compression méthodique qui ne peut plus rien alors, et il ne reste à tenter que l'extirpation de la tumeur.

On peut à la fois enlever le scrotum et faire la castration, mais cette pratique n'a pas sa raison d'être dans la majorité des cas, les testicules étant généralement sains. A moins de circonstances particulières, l'opérateur doit donc avoir en vue de les conserver et se rappeler que beaucoup de sujets ayant subi l'oschéotomie ont pu redevenir capables de se livrer à des rapports sexuels et ont eu des enfants. On ne doit, par conséquent, sacrifier les testicules que lorsque ceux-ci présentent des lésions profondes entravant leur sécrétion, ou des tumeurs malignes.

L'extirpation de la tumeur éléphantiasique se fait suivant deux méthodes : l'une sans anaplastie, l'autre avec anaplastie, selon que le chirurgien refait ou non un fourreau à la verge. La première méthode est employée dans les cas où le scrotum n'a pas pris un développement assez considérable pour envelopper le pénis, et encore dans ceux où la verge étant entièrement enfouie dans les tissus, les lambeaux ne peuvent être pris que sur des parties de peau altérées. La deuxième méthode convient aux cas où les corps caverneux ayant disparu dans la tumeur, les téguments dans lesquels vont être taillés les lambeaux sont restés sains et présentent assez de vitalité pour faire espérer une réunion facile. Les divers procédés usités sont innombrables, et il n'est pas possible de poser des règles, le chirurgien devant toujours se prêter à des circonstances infiniment variables. Nous en citerons néanmoins quelques-uns parmi ceux qui nous ont paru les plus ingénieux.

1° *Méthode sans anaplastie.* — A) Deux incisions demi-circulaires, l'une droite, l'autre gauche, à concavité tournée en dedans. On les fait partir toutes deux d'un même point antérieur situé immédiatement au-dessous du méat, et on les termine en arrière également en un point commun, celui-ci voisin du périnée. On a ainsi deux lambeaux latéraux, circonscrivant une portion de tumeur comparable a une côte de melon. On enlève cette dernière, on rapproche les deux parties latérales dans lesquelles on renferme les testicules préalablement isolés, ainsi que les cordons, et l'on fait les sutures suivant une seule ligne, médiane.

B) Si les testicules sont libres, mobiles et facilement perceptibles on les relève à travers les téguments contre les anneaux inguinaux et on les fait maintenir dans cette situation par un aide. Après cela on pratique deux incisions verticales au-dessous des testicules, on les fait descendre un peu plus bas que le niveau correspondant au méat, puis on les prolonge en contournant les parties latérales de la tumeur et on les réunit à deux ou trois centimètres du périnée. On fait alors une troisième incision transversale, perpendiculaire aux deux premières, passant au-dessous du méat et l'on a trois lambeaux dont deux latéraux semi-lunaires en forme de valves et un médian quadrilatère. On abat les angles inférieurs de ce dernier, on enlève avec l'écraseur linéaire ou l'instrument tranchant toute la partie de la tumeur située au-dessous des incisions, on place les testicules entre les lambeaux semi-lunaires et on procède aux sutures. Les deux valves latérales sont réunies directement aux parties postérieure et inférieure du scrotum, par l'intermédiaire du lambeau médian en haut et en avant. L'ensemble des sutures offre la disposition d'un Y.

Si les testicules ne sont pas perceptibles, on commence

par les deux incisions verticales, on va à la recherche de ces organes pour les isoler et les relever sur les plis de l'aîne, et l'on termine l'opération comme précédemment.

c) Un procédé grossier consiste a faire quatre incisions verticales et à les réunir par une cinquième circulaire. Tout ce qui est au-dessous de celle-ci est enlevé ; on diminue les quatre lambeaux obtenus et on procède aux sutures.

Méthode avec anaplastie. — A) On fait un lambeau antérieur au-devant du pubis pour former un fourreau à la verge et un lambeau postérieur au-devant de l'anus pour recouvrir les testicules. Il faut avoir soin de laisser autour de la base du gland une bandelette de peau qui servira à relier celui-ci à la gaîne.

B) On taille un lambeau losangique ou de tout autre forme autour du méat, on dissèque la verge à sa base et on la met à nu. On n'a plus qu'à relever le lambeau vers le pubis pour faire rentrer le pénis dans son fourreau naturel. Les testicules sont enfermés entre deux lambeaux semi-lunaires et latéraux.

c) Deux lambeaux, en valves sur les côtés, pour recouvrir les testicules. Un lambeau quadrilatère ou hexagonal antérieur, pour faire la gaîne du pénis.

DEUXIEME PARTIE

Observations sur deux cas d'Éléphantiasis du scrotum opérés à l'Hôpital militaire de Nouméa.

Observation I.

Antécédents et Descriptions. — Le Canaque Siméon, de la tribu de Pénelo à Marée, l'une des îles Loyalty, entre au mois de mai 1884 à l'hôpital militaire de Nouméa pour y être opéré d'un Eléphantasis du scrotum. Cet indigène, âgé de vingt ans environ, s'exprime très bien en français et nous affirme que dans sa famille personne n'a encore été atteint d'une affection analogue à la sienne. Son père et sa mère n'ont jamais été malades, et ses deux sœurs, mariées aujourd'hui, ont toujours vécu dans d'excellentes conditions de santé.

Le scrotum est volumineux depuis très longtemps, mais Siméon se rappelle fort bien avoir eu dans sa jeunesse le pénis et les bourses de la grosseur ordinaire chez les enfants de son âge. Il ne peut pas préciser les époques, il sait seulement que peu à peu le scrotum s'est développé et qu'au bout de plusieurs années, il a atteint le volume qu'il possède actuellement. Il ne peut pas dire au juste comment lui est survenu le mal, comment il a débuté. Est-ce par une excoriation, une plaie ulcérée, un érysipèle? Il n'en sait rien. Il peut nous dire cependant que l'Eléphantiasis dont il est atteint aux jambes date de peu de temps, et contrairement à celui des parties génitales ne progresse plus depuis deux années.

Quoi qu'il en soit, le scrotum se présente actuellement sous la forme d'une tumeur considérable et piriforme, à base située en bas et pédiculée au sommet. Les dimensions sont les suivantes :

1° Hauteur du pubis à la base de la tumeur : soixante centimètres ;

2° Circonférence à la partie la plus étroite du pédicule : quarante-neuf centimètres ;

3° Circonférence à la base : un mètre trente-sept centimètres.

Le poids total du malade est de cent onze kilogrammes.

Vers la partie supérieure de la tumeur, la peau est lisse et relativement peu épaisse, car on peut encore en prendre un pli dans la main. Elle est hypertrophiée cependant et n'a pas moins en cet endroit de quatre centimètres environ. A mesure qu'on s'éloigne du pédicule, on s'aperçoit que les téguments deviennent de plus en plus épais, rugueux calleux même, et à la base, les callosités ont leur maximum d'épaisseur et de dureté. En cet endroit, il est impossible de faire un pli à la peau, de quelque manière qu'on s'y prenne, tant à cause de sa rigidité que de son épaisseur extrême. La tumeur paraît contenir une assez grande quantité de liquide. En la faisant reposer sur un plan résistant, le malade étant dans le décubitus dorsal, les jambes aussi écartées que possible, elle devient tremblottante au moindre mouvement et l'on peut obtenir une certaine fluctuation. Toutes les parties hypertrophiées soit du scrotum, soit des membres inférieurs sont absolument dépourvues de poils. L'anesthésie y est complète.

Le pénis a complètement disparu dans le scrotum. Une partie du prépuce, fortement œdématiée, fait saillie à environ vingt centimètres au-dessous du pubis. Au milieu de cette saillie, en forme de bourrelet, on voit encore l'ouverture prépuciale ; mais ce n'est pas par là que s'écoulent les urines. Il y a, en effet, un peu au-dessous (un centimètre environ), un orifice fistuleux assez large pour permettre l'introduction d'un doigt. C'est par cette issue, résultant sans doute d'une ulcération ancienne, qu'a lieu l'émission des urines, non par jet, mais en bavant. Si l'on déplace les téguments par rapport aux parties profondes, on peut trouver le méat urinaire, qui vient se montrer au niveau de l'orifice externe du trajet fistuleux. On peut alors, en introduisant une sonde rigide dans le canal de l'urèthre, déterminer la position et

la direction du pénis. Celui-ci est caché dans le pédicule, immédiatement au-dessous de la peau. Il est situé dans la ligne médiane, par conséquent, suivant l'axe de la tumeur. Il n'est pas possible de déterminer, même approximativement, la place occupée par chaque testicule, ni le volume ou l'état de ces derniers.

Malgré son infirmité, et bien qu'il soit d'une constitution lymphatique, Siméon présente toutes les apparences d'une bonne santé. Ses divers organes fonctionnent régulièrement, seulement la marche est rendue impossible par le poids de la tumeur et surtout par les tiraillements qu'elle exerce sur les plis de l'aîne. Quant aux fonctions génésiques, il va sans dire que le coït est complètement inconnu au Canaque, qui ne voyait déjà plus sa verge à l'époque de la puberté. Néanmoins, s'il faut ajouter foi à quelques renseignements qu'il nous donne, il éprouverait de temps en temps et principalement la nuit, des sensations particulières, qui ne seraient autre chose que des érections, suivies même parfois de pollutions.

Opération (1). — Le 20 mai, à neuf heures du matin, Siméon est transporté dans la salle d'opérations. On l'étend sur la table, les fesses tout à fait au bord, les membres inférieurs écartés et maintenus par deux aides, la tumeur reposant sur un tabouret. On introduit dans l'urèthre, par l'orifice accidentel décrit plus haut, un cathéter destiné à déterminer la situation de la verge pendant toute la durée de l'opération. Ce cathéter est confié à un troisième aide. Après cela, le malade est soumis aux inhalations du chloroforme. Il ne tarde pas à s'endormir, et l'on peut commencer l'opération.

Premier Temps. — Le chirurgien fait une incision longitudinale (A B) de quinze centimètres environ, parallèle à l'axe vertical de la tumeur et à la direction du pénis. Cette incision, pratiquée à cinq centimètres à droite de la ligne médiane, indiquée par la position du cathéter, part de la partie supérieure du pédicule pour descendre un peu au-dessous du prépuce et met à découvert un tissu blanc, lardacé, uniforme, d'une densité considé-

(1) Voyez pour suivre le procédé opératoire, la figure 1, sur la planche qui se trouve à la suite des observations.

rable et à peu près dépourvu de vaisseaux. En poursuivant l'incision plus profondément, l'opérateur arrive sur du tissu cellulaire à larges mailles, contenant du tissu adipeux en abondance et une certaine quantité de sérosité emprisonnée dans une foule de petits kystes de grosseur variable. Le but du chirurgien, à ce moment, est de rechercher le testicule en disséquant avec précaution et couche par couche. Il le trouve rapidement, malgré la grande difficulté qu'oppose la masse énorme dans laquelle est englouti un aussi petit organe. Le testicule, parfaitement sain, peut-être un peu atrophié, mais encore recouvert de la tunique vaginale absolument intacte, est isolé des parties environnantes, ainsi que le cordon, et rabattu sur l'abdomen.

Deuxième Temps. — Une incision semblable à la première est pratiquée symétriquement à gauche (C D). On découvre pareillement le deuxième testicule et on le rabat sur l'abdomen tout comme le premier. Notons toutefois, pour le testicule gauche, la présence d'une hydrocèle vaginale. Une ponction, faite avec la pointe d'un bistouri donne issue au liquide épanché. Il s'en écoule approximativement cent cinquante grammes.

Jusqu'ici, il y a eu peu d'hémorrhagies; on a bien dû lier, il est vrai, quelques vaisseaux très dilatés, hypertrophiés et manquant de ressort, mais l'on n'a eu affaire, en somme, qu'aux veines et aux artères du réseau sous-cutané qu'il était impossible de différencier, vu leur état.

Troisième Temps. — Une fois les testicules isolés, l'opérateur procède à la section des lambeaux. Il réunit d'abord les deux premières incisions par une troisième transversale (BD), allant de l'extrémité inférieure B de la première à l'extrémité inférieure D de la seconde, décrivant ainsi un lambeau quadrilatère, A B C D, en forme de tablier. Ce premier lambeau, disséqué jusqu'à une très petite distance de la verge, il en taille deux autres, A B F K et A D G K, en forme de valves de coquille, par deux incisions semi-lunaires continuant les sections longitudinales en descendant un peu sur la face antérieure de la tumeur, contournant cette dernière sur ses parties latérales pour remonter ensuite et aller se réunir, en arrière et en haut, à cinq centimè-

tres du périnée. Toute la partie de la tumeur située au-dessous des lambeaux est enlevée à grands coups de couteau à amputation et l'on retire ainsi une masse énorme ne pesant pas moins de trente-six kilogrammes. Pendant cette dernière partie de l'opération, qui se fit presque sans effusion de sang, la tumeur était soulevée par sa base à l'aide d'un crochet, fixé au bout d'une corde dont l'extrémité supérieure était attachée au milieu d'une barre de bois longue de deux mètres au moins. Deux hommes de grande taille soutenaient cette barre aussi haut que possible, horizontalement et un peu en avant de l'opérateur.

Quatrième temps. — Le chirurgien amincit les lambeaux mais avec beaucoup de ménagements; car il compte sur la suppuration consécutive pour fondre les divers tissus hypertrophiés en même temps qu'il craint de détruire un trop grand nombre de vaisseaux sous-cutanés, ce qui amènerait presque fatalement la gangrène de la peau.

Cinquième temps. — Il ne reste plus qu'à procéder à la suture des lambeaux, ce que l'on fait au moyen d'une trentaine d'épingles en acier, dites *épingles anglaises*, en opérant d'après la méthode des sutures entortillées. Les deux valves sont réunies de cette manière, directement en bas et en arrière, par l'intermédiaire du lambeau médian, sur la partie antérieure. Les deux angles inférieurs de ce dernier sont même préablement abattus, ainsi qu'il est indiqué dans la figure, pour faciliter le rapprochement des deux valves semi-lunaires immédiatement au-dessous.

Dans la partie la plus déclive (en supposant bien entendu le malade dans la position horizontale), une ouverture convenable est menagée pour l'écoulement du pus. Enfin un tube de caoutchouc, introduit au moyen du trocart à drainage de Chassaignac, traverse de part en part les deux valves. Les deux chefs de ce drain sont ramenés en avant et noués ensemble, ce qui constitue une véritable suture profonde destinée à maintenir l'un contre l'autre les lambeaux latéraux.

D'un coup de bistouri on coupe le pont séparant le méat du trajet fistuleux et l'on voit le gland apparaître à l'orifice unique à travers lequel il vient faire saillie de trois centimètres.

Tout est terminé à dix heures.

Remarque. — La masse principale du scrotum et les débris résultant des dissections dû quatrième temps de l'opération sont pesés ensemble et atteignent quarante kilogrammes et demi. Ce chiffre joint à plus de deux kilogrammes, estimation approximative des liquides épanchés qui se sont répandus sur le sol, nous permet d'évaluer à quarante trois kilogrammes le poids total de la tumeur.

Suites de l'Opération. — *Le 20 mai, à midi* : température 36°, pouls à peine sensible; le malade est dans la prostration la plus complète et grelotte. Aide-médecin de semaine à l'hôpital et chargé plus spécialement de la surveillance de l'opéré, nous tâchons de le réchauffer en le faisant recouvrir de plusieurs couvertures de laine et en faisant mettre dans son lit quelques bouteilles remplies d'eau chaude. Ces moyens n'étant pas suffisants, nous nous décidons à pratiquer une injection avec un centimètre cube d'éther sulfurique. La température remonte alors à 37°, et le pouls devient facilement perceptible. Pendant toute la journée : vomissements répétés. Le malade est dans un état comateux dont il est difficile de le faire sortir, il refuse de prendre quoique ce soit et ce n'est qu'avec peine, pour ainsi dire par force, qu'on lui fait avaler quelques gorgées de bouillon. Pas de selles, le malade urine facilement. A onze heures du soir, la température diminue, elle descend de nouveau à 36°, le pouls devient de plus en plus petit et tend à disparaître.

21 Mai. — A cinq heures du matin, l'infirmier de garde vient nous réveiller pour constater l'état du malade qui paraît devenir fort grave à cause du refroidissement. Nous nous rendons auprès de lui et nous pratiquons une deuxième injection d'éther sulfurique. La température remonte alors; elle arrive à 37°2 à six heures, à 38° à sept heures et augmente peu à peu jusqu'à six heures du soir où elle atteint 38°8.

22 Mai. — La fièvre traumatique est déclarée; la température du matin est de 38°2, celle du soir, de 39°. Le malade est soumis à un régime très léger (lait, bouillon); on lui prescrit 50 centigrammes de sulfate de quinine. La plaie est lavée comme les jours précédents avec de la décoction de quinquina et pansée

avec des plumasseaux de charpie imbibés d'eau de vie camphrée et recouverts d'une épaisse couche de ouate phéniquée.

23 Mai. — Même température; on ne change rien au régime ni au traitement; le pansement ci-dessus est continué. La suppuration commence.

24-28 Mai. — La température diminue; déjà le 27, elle n'est plus que de 37°6 le matin et 38°4 le soir. La suppuration est abondante, le pus épais, bien lié et de bonne nature. On continue le même traitement et le même régime. La plaie est pansée comme les premiers jours.

28-31 Mai. — Il y a encore un peu de fièvre, mais la température va en décroissant.

1er Juin. — La fièvre tombe, la suppuration devient moins abondante, les épingles commencent à se détacher, on enlève le tube de caoutchouc et on le remplace par un nouveau drain d'un plus petit diamètre.

A partir de la date ci-dessus, la cicatrisation commence; le malade réclame des aliments et on lui accorde la demi-ration. Enfin la plaie est tout à fait guérie vers les derniers jours de juin et Siméon sort de l'hôpital le 7 juillet 1884.

Le poids total du Canaque à sa sortie est de soixante-huit kilogrammes.

Conclusion. — Le résultat est loin d'être parfait au point de vue de l'esthétique. L'épaisseur de la peau constituée, même à la partie supérieure du scrotum, par des tissus altérés, n'a pas permis d'y prendre un fourreau pour la verge; de plus, le lambeau antérieur s'étant un peu hypertrophié pendant les premiers jours de la cicatrisation, le scrotum a pris une apparence assez disgracieuse. Toutefois le gland faisant saillie, le Canaque peut uriner par jet et sans mouiller ses parties génitales. Enfin, il est débarrassé d'un poids incommode rendant pénible la station debout et absolument impossible toute tentative de progression.

Nous l'avons revu dix-huit mois plus tard, en janvier 1886; il était tel qu'à sa sortie de l'hôpital et occupait une place de domestique à Nouméa.

Observation II.

Antécédents et descriptions. — Yaïto, petit chef d'un village de la tribu des *Gomen*, entre à l'hôpital militaire de Nouméa dans la première semaine de juillet 1884. Cet indigène, âgé de trente-cinq ans environ, d'une taille élevée et d'une forte musculature, est doué en un mot d'une constitution athlétique. Il est porteur d'un Eléphantiasis du scrotum, mais contrairement au sujet de notre première observation, chez lui, les bourses seules sont atteintes. Les quelques cicatrices qu'on remarque sur ses membres inférieurs, principalement sur la jambe droite, résultent d'incisions faites par les takatas (espèce de sorciers et guérisseurs néo-calédoniens) de sa tribu, incisions pratiquées en vue de déterminer une révulsion capable d'enrayer la marche de la maladie.

Yaïto ne parle que le langage de *Gomen* et ne connaît que fort peu de mots français, mais il est fort intelligent et, grâce à un interprète, il nous renseigne fort bien sur les antécédents. Il possède encore son père et sa mère, ceux-ci ont toujours vécu en bonne santé et sont encore très vigoureux quoique fort avancés en âge. Ni l'un ni l'autre n'a été atteint d'Eléphantiasis, soit des organes génitaux, soit de tout autre partie du corps. Quant à lui, il ne se rappelle pas avoir été malade. Il nous assure, en outre, n'avoir jamais eu d'affections vénériennes; elles sont très rares du reste et à peu près inconnues à Gomen.

Il avait dix-sept ans environ, lorsqu'il s'aperçut pour la première fois de la tuméfaction de ses bourses. Il n'y a jamais éprouvé de douleur ou de prurit; n'y a eu ni rougeur, ni ulcération, ni traumatisme. Les bourses se sont développées peu à peu et graduellement, sans déterminer la moindre réaction fébrile, pendant une période qu'il compte en *ignames* et que l'on peut évaluer à six années environ. Après cette première poussée, le scrotum pouvait avoir la grosseur d'une tête d'adulte, mais cela ne le gênait en aucune façon; la verge faisait entièrement saillie, il pouvait uriner comme tout le monde et pratiquer le coït. Il a eu même trois enfants, tous vivants aujourd'hui et bien constitués.

Après un état stationnaire d'une durée de cinq à six ans, la tumeur a repris sa marche progressive qui a continué jusqu'à ce jour. Actuellement, elle présente l'aspect d'une masse considérable, globuleuse et reliée à l'abdomen par un large pédicule. On en fait la mensuration, et l'on obtient les chiffres suivant :

1° Hauteur de la symphyse pubienne à la base : *Quarante-six centimètres ;*

2° Circonférence à la partie la plus large : *un mètre, deux centimètres ;*

3° Circonférence à la partie la plus étroite du pédicule : *cinquante et un centimètres.*

Le poids total du malade est de 121 kilogrammes.

La peau a conservé partout sa coloration normale. Elle est lisse, souple et de peu d'épaisseur à la moitié supérieure de la tumeur ; plus bas, elle devient dure, rugueuse et mamelonnée. On remarque quelques callosités tout à fait à la base. Les poils sont rares et clairsemés sur la surface du scrotum, assez abondants à la partie antérieure du pédicule, sur la portion des téguments qui devrait répondre au pubis, mais qui se trouve déplacée et tirée en bas par le poids de la masse éléphantiasique. La verge est complètement enfouie dans les tissus. La peau qui en constituait le fourreau a été entraînée par la distension du scrotum et a été même retournée comme un doigt de gant. Elle forme un conduit en cul-de-sac de six centimètres de profondeur et à direction oblique d'avant en arrière et de bas en haut. Le canal borgne ainsi constitué s'ouvre à l'extérieur par un orifice comparable à un ombilic et placé à la partie inférieure du pédicule. On peut y introduire facilement l'index et l'on arrive directement sur le gland pénien. Les urines ne peuvent s'écouler qu'en nappe et bien qu'à chaque miction le Canaque pisse sur ses bourses, on ne trouve encore aucune ulcération ou même aucune trace d'ulcération due à ces contacts répétés du liquide irritant.

La tumeur est dure dans ses trois quarts inférieurs, et quelle que soit la position du sujet, elle conserve toujours sa forme presque sphérique. Elle ne donne en aucun point la sensation de flot et ne paraît pas contenir de liquide. A la hauteur du pédicule, où la peau est mince et tout simplement tiraillée, on peut

reconnaître exactement, par le palper, la situation des corps caverneux : Ceux-ci sont suivant l'axe vertical de la tumeur. Quant aux testicules, on ne peut les percevoir à travers les téguments par le même mode d'exploration, mais en faisant des pressions en divers endroits et en les recherchant ainsi à tâtons, on parvient à trouver deux points où l'on détermine la douleur dite testiculaire. On constate, par ce procédé, que ces organes sont placés symétriquement, chacun de son côté, un peu en dehors de la ligne médiane et à cinq centimètres au-dessus du niveau de l'orifice que nous avons décrit.

Le malade n'éprouve aucune souffrance; du reste, la peau a perdu de sa sensibilité, et dans les régions où elle est rugueuse l'anesthésie est même complète. Pour ce qui est du poids du scrotum, il paraît à peine gênant à celui qui le porte. Yaïto peut en effet marcher et courir, seulement lorsqu'il progresse, il prend une attitude des plus bizarres : le tronc légèrement porté en arrière, les cuisses très écartées et les genoux sensiblement fléchis, il s'avance en faisant décrire à son corps une série d'oscillations.

Consulté sur l'état des fonctions génésiques, Yaïto nous déclare avoir souvent des désirs vénériens et nous avoue même que c'est l'impossibilité de les satisfaire qui l'a décidé à demander l'intervention chirurgicale.

Comme on le voit, ce Canaque se trouve dans des conditions excellentes pour supporter l'opération. L'état des téguments, à la partie supérieure de la tumeur et sur tout le pédicule, permettra de tailler des lambeaux dans des tissus probablement sains et de recourir à la méthode avec anaplastie. L'oschéotomie est donc décidée.

Procédé opératoire (1). — Le 6 juillet, au matin, Yaïto est conduit dans la salle d'opérations et placé sur la table, absolument comme le sujet de l'observation précédente. En relevant un peu la tumeur et en la manœuvrant en plusieurs sens, on parvient, non sans peine, à introduire dans l'urèthre un cathéter dont l'extrémité libre est confiée à un aide. Enfin, le Canaque est endormi au moyen du chloroforme.

(1) Voyez la figure 2 sur la planche.

Premier temps. — L'opérateur pratique une incision (AB) parallèle à la direction du cathéter et n'intéressant que les téguments. Cette incision, faite à deux travers de doigt à droite de la ligne médiane, part de l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du pédicule et vient aboutir à 3 centimètres au-dessous du niveau correspondant à l'orifice qui donne issue aux urines. Le derme, en cet endroit, quoique très dur et criant sous le tranchant de l'instrument, n'a guère plus que l'épaisseur normale. Le tissu cellulaire sous-jacent est très dense, pauvre en graisse, et laisse suintuer à la coupe un liquide séreux, d'une viscosité remarquable et très peu abondant. C'est au milieu de ce tissu cellulaire qu'il s'agit de trouver le testicule droit. Le chirurgien n'y arrive qu'en procédant à tâtons, mais avec une foule de précautions méticuleuses et en avançant à tout petits coups de bistouri. Le testicule découvert, on l'isole ainsi que le cordon. On ponctionne la tunique vaginale pour permettre l'écoulement de 100 grammes environ de sérosité épanchée, on reconnaît que l'organe est parfaitement sain et on le relève sur le pli de l'aîne. Un aide se charge de le maintenir dans cette situation.

Deuxième temps. — L'opérateur fait à gauche une incision (CD) symétrique à la première. Il recherche le second testicule de la même façon que celui du côté opposé, l'isole et le relève dans le pli de l'aîne. A gauche comme à droite, le testicule est en parfait état, mais atteint d'hydrocèle. On donne issue à 150 grammes environ de sérosité citrine.

Troisième temps. — Les deux incisions longitudinales (AB et CD) sont réunies par une troisième transversale (BD), puis prolongées, la première en E, la deuxième en F, de telle sorte qu'elles viennent se réunir en un point X, très près du périné. On a ainsi un lambeau médian quadrilatère et deux lambeaux latéraux semi-lunaires. Tout ce qui est au-dessous est enlevé à l'aide du couteau à amputation. Pendant cette dernière partie de l'opération, on a dû lier quelques vaisseaux sanguins, artères ou veines fortement dilatées, hypertrophiées et dépourvues d'élasticité. Mais, en somme, il n'y a eu que des hémorrhagies tout à fait insignifiantes.

Quatrième temps. — Le chirurgien, par deux incisions transversales (A C et I K) intéressant toute l'épaisseur des téguments, limite à la base du lambeau médian un quadrilatère qui est enlevé. Il ne reste donc autour du méat qu'un petit lambeau (I K B D) dont les angles (B et D) sont sectionnés, ce qui lui donne grossièrement la forme d'un écusson. La verge est ensuite disséquée et et mise à nu à sa base, suivant une longueur de quelques centimètres.

Cinquième temps. — Ce dernier temps de l'opération consiste à placer le testicule entre les deux lambeaux semi-lunaires et à suturer ces derniers. On les réunit directement entre eux sur les parties postérieure et inférieure, par l'intermédiaire du lambeau médian, à la partie antéro-supérieure. Mais ce dernier ayant été préalablement ramené en haut vers le pubis, de telle façon que I K est venu en A C, la verge est rentrée dans sa gaîne naturelle, ce qui lui permet de faire saillie au dehors. Toutes les sutures sont faites par la méthode entrecoupée. Une issue est ménagée à l'endroit le plus déclive pour l'écoulement du pus, et on y laisse un drain. Enfin le pansement de Lister est appliqué dans toute sa rigueur.

Remarque. — Les parties enlevées ont été pesées. Le chiffre obtenu a été de trente-quatre kilogrammes, ce qui, joint à cinq cent grammes tout au plus de liquides perdus, nous permet d'évaluer le poids total de la tumeur à soixante-neuf livres. — Le résultat de l'opération, une fois les sutures terminées, paraît très satisfaisant. Le nouveau scrotum est en effet à peine plus gros que le poing et la verge fait saillie de huit centimètres. Le prépuce trop long dépasse un peu le gland, mais il sera facile ultérieurement de pratiquer la circoncision, si le Canaque le désire.

Suites de l'opération. — *6 Juillet :* le malade est un peu abattu et répond difficilement aux questions qu'on lui pose, mais en somme la journée se passe fort bien. — Le pouls oscille entre 60 et 65 pulsations, la température prise à midi et à quatre heures du soir est de 36°7 ; à dix heures, 36°9. — Le Canaque accepte volontiers un peu de bouillon dans la soirée et boit de l'eau

vineuse. Il urine facilement et sans douleur. Un transporté infirmier se tient constamment auprès du lit et reçoit l'ordre de veiller spécialement aux précautions et aux soins de propreté qui doivent acccompagner chaque miction.

7 Juillet. — Etat général excellent; pas de fièvre, pouls normal, température 37°2. Le malade, enchanté de se trouver débarrassé de sa tumeur, manifeste bruyamment sa joie ; il veut se lever et demande des aliments. On a toutes les peines du monde à le maintenir en repos. L'émission des urines se fait bien, mais il n'y a pas eu de selles depuis la veille et on administre un lavement purgatif. Les plaies ont bonne apparence. Tout autour du lambeau médian, il s'est déposé un liquide rougeâtre et sirupeux et l'on espère en ce point une réunion par première intention.

Pansement phéniqué. — Régime : lait, bouillon, eau vineuse.

8 Juillet. — Le malade a perdu sa gaîté et il a un peu de fièvre (pouls 75 — température 37°9). Une odeur ammoniacale et infecte se dégage des objets du pansement. On découvre la plaie et l'on remarque sur les points où l'on voyait hier se déposer de la lymphe plastique quelques taches livides ; commencement de gangrène. Le condamné, préposé à la garde de l'opéré, soit par malveillance, soit par négligence, n'a pris aucun soin du malade au moment des mictions et les urines se sont répandues sur les plaies et sur les pièces du pansement. On lave les plaies avec soin, on applique le pansement phéniqué et on administre 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Régime : Bouillon, lait, eau vineuse.

9 Juillet. — Amélioration : la fièvre diminue, une suppuration assez abondante se déclare dans les parties inférieures. Le pus est de très bonne nature, épais et bien lié ; les points gangrenés s'entourent d'une auréole rouge.

10 Juillet. — Même état que la veille, les tissus mortifiés commencent à se séparer des parties environnantes.

11-13 Juillet. — Les parties gangrenées se détergent peu à peu, on les touche de temps en temps avec le crayon au nitrate d'argent. L'on voit apparaître quelques bourgeons charnus. En certains points, qui n'ont pas été en contact avec l'urine et qui

se trouvent tout autour du lambeau médian, la réunion s'est faite par première intention. Les plaies de la partie inférieure du scrotum suppurent toujours. L'état général du malade est bon; mais on constate un peu d'amaigrissement. Il a la nostalgie, veut partir pour sa tribu et réclame des aliments indigènes : ignames, taros. On le soumet à un régime tonique : extrait de quinquina, vin de Banyuls, filet saignant, etc.

15-25 Juillet. — La fièvre a disparu ; la plaie marche rapidement vers la guérison. Les fils de suture sont enlevés. Le Canaque, malgré tout cela, maigrit de plus en plus. On ne trouve néanmoins aucune lésion, soit du côté des poumons, soit du côté de tout autre organe. On lui permet de manger des ignames, mais on lui impose toujours le régime tonique indiqué ci-dessus.

25 Juillet-1er Août. — La cicatrisation progresse toujours, elle est complète dans les premiers jours du mois d'août et l'on fait prendre la photographie du Canaque le 12 août.

Enfin, le 14 août, Yaïto, après des essais infructueux, parvient dans la nuit à tromper la surveillance dont il est l'objet depuis quelque temps et s'échappe de l'hôpital.

Nous avons appris dans la suite qu'il avait rallié sain et sauf sa tribu après plusieurs jours de marche.

D'après quelques renseignements que nous avons fait prendre dans le pays, Yaïto y aurait repris la vie ordinaire des indigènes et s'y porterait très bien, sans la moindre menace de récidive.

Vu bon à imprimer :
Bordeaux, le 21 juin 1887.
Le Président de la Thèse,
Dr MORACHE.

Vu : *Le Doyen,*
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 22 juin 1887.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

Bordeaux. — Imprimerie O.-L. FAVRAUD.

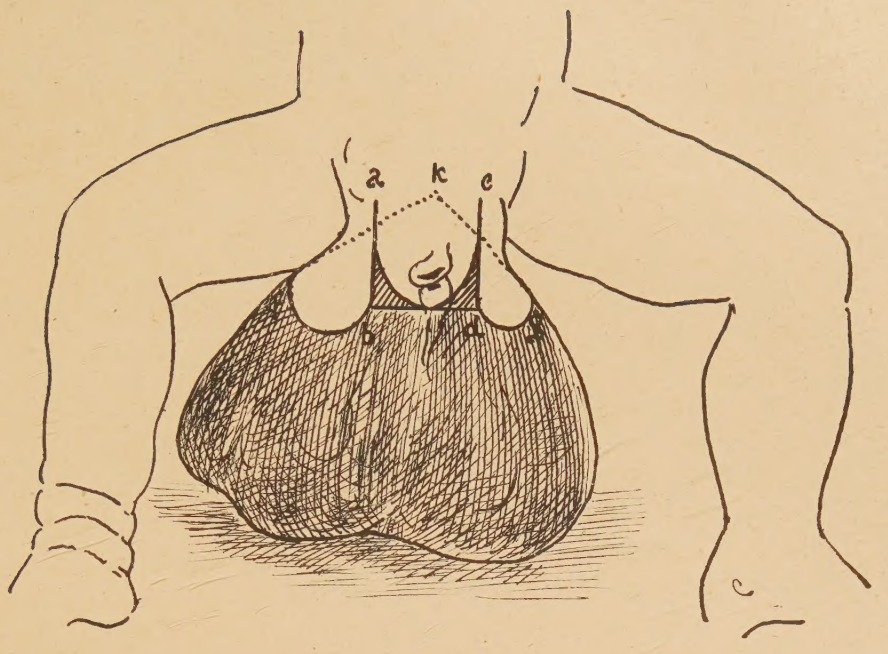

Fig I

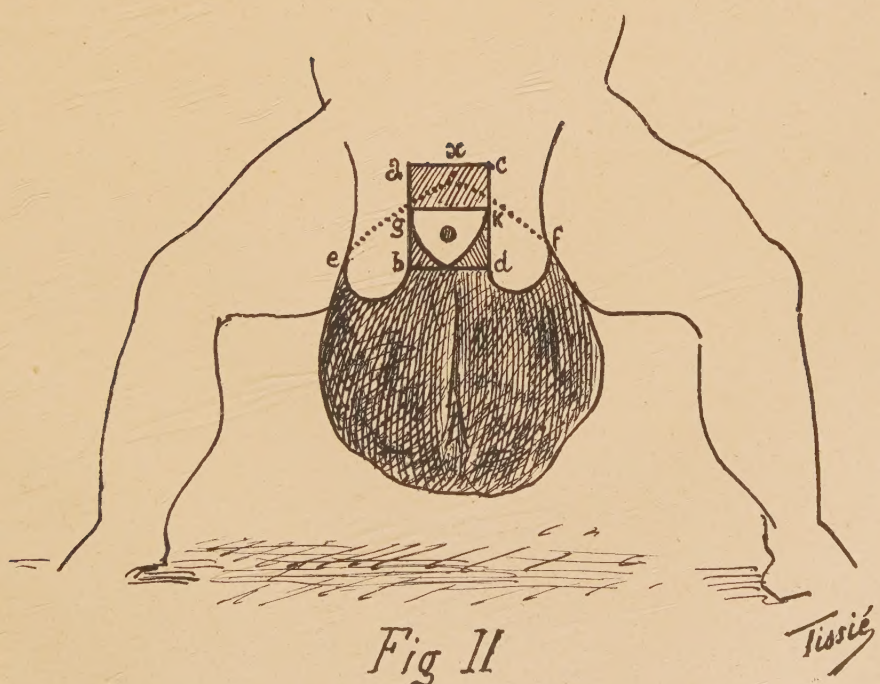
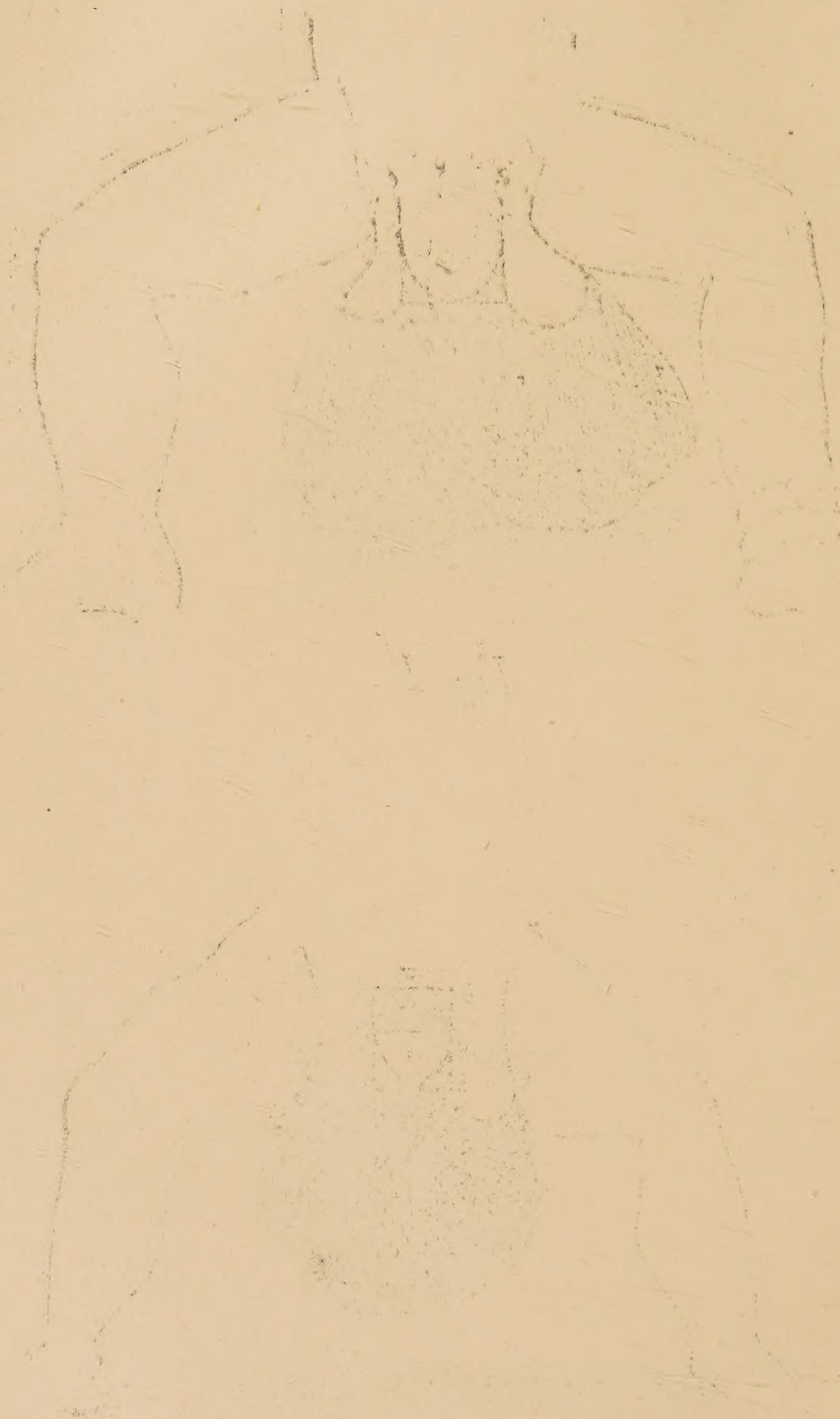
Fig II